

Requête de patient – Solutions d'apnée du sommeil

Patient Referral – Sleep Apnea Solutions

Renseignements sur le patient / Patient Information

Nom / Name: _____ Téléphone / Phone: _____
DDN / DOB: _____ Langue / Language: ☐ Français ☐ English

Raison pour la requête / Reason for Referral

- ☐ Polygraphie cardiorespiratoire avec consultation pneumologie ou autre (étude du sommeil à domicile)
Cardiorespiratory polygraphy with respirology consult or other (home sleep study)
- ☐ Initiation PPC / CPAP Therapy — Rx:
- ☐ Oxymétrie avec CPAP / Oximetry with CPAP

Antécédents cliniques du patient / Patient Clinical History

- ☐ Hypertension / Hypertension ☐ Problèmes cardiovasculaires / Cardiovascular problems
- ☐ Cholestérol / Cholesterol ☐ Dépression / Depression
- ☐ Diabète / Diabetes ☐ Autre / Other: _____

Évaluation des risques / Risk Assessment - STOP BANG

Sélectionnez oui ou non pour votre patient / Select yes or no for your patient:

- | Oui/Yes | Non/no | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | Ronflez-vous assez fort pour être entendu à travers une porte fermée ?
Do you snore loud enough to be heard through a closed door? |
| ☐ | ☐ | Vous sentez-vous souvent fatigué, épuisé ou somnolent pendant la journée ?
Do you often feel tired, exhausted or sleepy during the day? |
| ☐ | ☐ | Est-ce que quelqu'un a déjà observé que vous arrêtez de respirer pendant la nuit ?
Has anyone ever observed you stop breathing at night? |
| ☐ | ☐ | Avez-vous déjà pris ou prenez-vous un traitement pour l'hypertension artérielle ?
Have you ever taken or are you taking treatment for high blood pressure? |
| ☐ | ☐ | Votre indice de masse corporelle (IMC) est-il supérieur à 35 kg/m ² ?
Is your body mass index (BMI) greater than 35 kg/m ² ? |
| ☐ | ☐ | La circonférence de votre cou est-elle supérieure à 40 cm (16 po) ?
Is the circumference of your neck greater than 40 cm (16 in.)? |
| ☐ | ☐ | Êtes-vous un homme ?
Are you male? |

Scoring basé sur le nombre de "Oui" / Scoring based on "Yes" count:

- ☐ 0-2 Faible / Low ☐ 3-4 Intermédiaire / Intermediate ☐ 5-8 Élevé / High

Renseignements sur le médecin / Physician Information

Nom / Name:	Estampe / Stamp:
# Permis / Permit #:	
Date:	
Signature:	